



FACES- Faculdade de Ciências de Educação e Saúde

Curso- Psicologia

DOR CRÔNICA NA VIVÊNCIA DE LUTO: ESTUDO DE CASO

FERNANDA CRISTINA MONFERRARI

BRASÍLIA/DF

JUNHO/2009

FERNANDA CRISTINA MONFERRARI

DOR CRÔNICA NA VIVÊNCIA DE LUTO: ESTUDO DE CASO

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Brasília como requisito
básico para obtenção do grau de Psicólogo
da Faculdade de Ciências da Educação e
Saúde. Professor-Orientador: Maurício
Neubern.

BRASÍLIA/DF

JUNHO/2009



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
CURSO DE PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Prof. Orientador, Maurício da Silva Neubern, Doutor em Psicologia.

Professor Fernando González Rey, Doutor em Psicologia

Professora Valéria Mori, Mestre em Psicologia.

A Menção Final obtida foi:

BRASÍLIA/DF
JUNHO/2009

Dedico este trabalho

À minha querida filha, Beatriz, por ter sido em vários momentos fonte de força e perseverança para superar as adversidades e continuar no meu propósito de realizar o sonho de concluir o curso de Psicologia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Maurício Neubern, meu orientador, por sua presença marcante, pela calma e tranquilidade, pelos questionamentos críticos, pela paciência de acompanhar-me neste processo de desenvolvimento intelectual e crescimento pessoal e principalmente pela oportunidade única de realizar esse trabalho em conjunto; aos meus pais por acreditarem em meu potencial e sempre me estimularem a prosseguir com meus estudos; ao Tião pela companhia, força, paciência, incentivo e ajuda técnica em momentos difíceis de muito cansaço que ocorreram no decorrer desse trabalho; aos meus amigos e colegas que Deus, em sua profunda bondade, os colocou em meu caminho como verdadeiros presentes, os quais aos poucos fui conhecendo e descobrindo a beleza e sabedoria que cada um particularmente tinha em si; aos meus colegas de orientação de monografia, que tantas vezes nos ajudamos mutuamente e contribuímos para o crescimento e tranquilidade uns dos outros; à D. Teresa (paciente), por ter aceitado participar deste projeto de pesquisa e contribuir para a realização do presente trabalho, e agradeço principalmente a Deus por ter me proporcionado esta experiência de conviver com pessoas especiais, de realizar esse trabalho e de vencer esta etapa de minha vida.

SUMÁRIO

Introdução.....	1
Capítulo 1: Subjetividade e dor.....	4
1.1 Breve Histórico	4
1.2 Dor e Subjetividade.....	7
1.3 Corpo	11
1.4 Representação da Morte.....	15
1.5 Vivência do Luto.....	18
Capítulo 2: Caso D. Teresa.....	22
Capítulo 3: Tratamento.....	30
Conclusão.....	39
Referências Bibliográficas.....	42

Resumo

O presente trabalho tem como finalidade a realização de estudo mais detalhado sobre um caso de dor crônica na vivência de luto. Tem como foco de pesquisa, a experiência vivenciada por uma paciente que desenvolveu quadro de fibromialgia em função da perda de um ente querido devido à sua morte. Para tanto, propõe-se como objetivo central a análise crítica dos fatores constituintes do quadro apresentado pela paciente no início da terapia, o qual consistia em não aceitação do fato em si, sentimento de raiva, desamparo, solidão, muita tristeza, desânimo e fixação do pensamento na irmã falecida, como também, promover maior compreensão da teoria e técnicas utilizadas no processo terapêutico. Como forma de melhor compreender o impacto deste momento na vida da paciente, foram utilizadas como fundamentação teórica para realizar a leitura clínica as teorias da Subjetividade, abordando mais precisamente as categorias: subjetividade individual, social e sentido subjetivo; a teoria da fenomenologia do corpo como a primeira experiência vivida do sujeito com o mundo, em que este assume um papel ativo nesta relação, passando de uma concepção passiva do “eu penso” para uma postura ativa do “eu posso”; e mais as teorias sobre a representação da morte e o processo da vivência do luto. O estudo será realizado a partir de tais teorias, posto que, possuem como pilares de fundamentação a concepção de indivíduo como sendo sujeito único e singular em seus processos e como tal preocupam-se em compreendê-los a partir de suas histórias, contextos específicos e emocionalidades desencadeadas pelas experiências vividas, como forma de apreender os sentidos e valores construídos a partir da interação do individual, social e cultural. Em seguida, depois da leitura clínica, foi realizada a análise do tratamento terapêutico, que teve como base a teoria ericksoniana como também as diversas técnicas utilizadas pelo terapeuta, com o intuito de atender às demandas da paciente e trabalhar as “questões relevantes para sua melhora”. Ao final, foram realizadas algumas considerações sobre o estudo do caso analisado, e pôde-se verificar a eficácia das técnicas utilizadas, principalmente a hipnose, bem como, o importante papel e valor do vínculo construído entre terapeuta e paciente. Além disso, foram feitas algumas reflexões a cerca da importância de se realizar estudos como este, em que a base de análise e tratamento são pautadas em teorias que não propõem concepções universalizantes, pelo contrário, procuram compreender os indivíduos em sua forma de ser autêntica, que é única e singular.

Palavras-chave: Dor Crônica, Luto, Teoria Ericksoniana.

A presença da dor na vida dos indivíduos, inicialmente funciona como um alarme de que algo não está ocorrendo conforme deveria. Então, sua presença requer atenção e cuidados voltados para o tratamento do problema, a partir dos sintomas apresentados. No entanto, a dor não é somente uma resposta fisiológica do organismo, ela é uma experiência individual, complexa e multidimensional que carrega em si características únicas ligadas à história de vida da pessoa, ao contexto em que é percebida e na forma de como ela é sentida (Carvalho, 1999). Devido a tais elementos constituintes da experiência subjetiva de dor de um sujeito, sua descrição se torna bastante difícil, o que compromete ainda mais sua compreensão por parte de outras pessoas.

Embora seja subjetiva, a dor é sentida concretamente por uma experiência corporal que pode variar de acordo com a qualidade, localização, intensidade, frequência, natureza, etiologia e duração, mesmo que em determinados casos não sejam detectadas lesões teciduais (Carvalho, 1999). Em tais situações, torna-se nítida a compreensão da dor como uma experiência subjetiva, por ser perpassada por um sentido subjetivo, que possui componente emocional significativo ligado ao contexto em que ela se apresenta e a partir da história de vida do sujeito (Gonzalez Rey, 2003).

Partindo do princípio de que a dor é uma experiência pessoal, complexa, multidimensional e subjetiva, faz-se necessário também uma compreensão mais clara sobre a noção de corpo do indivíduo, posto que a dor sentida é a dor do sujeito, que constitui-se a partir da percepção corpórea baseada na vivência de suas experiências, que é sentida concretamente pelo corpo e possui uma dimensão subjetiva repleta de significações e expressões do modo de ser específico da existência pessoal (Merleau-Ponty, 1999).

Sendo um fenômeno complexo de expressão físico-emocional, com etiologia multifatorial, pode-se admitir que um desses fatores seja proveniente de relevantes experiências de profundo sofrimento vivido pelo indivíduo. Várias situações no decorrer da vida podem desencadear tal sentimento, dentre elas pode-se citar a perda de um ente querido em função de sua morte.

Em situações de vivência de luto, cada indivíduo pode vivenciá-lo de maneiras distintas, podendo em determinados casos aceitar o fato, sofrer pela perda; contudo, não se desestruturar emocionalmente. Por outro lado, a vivência desta perda pode ser tão significativa que poderá gerar forte sofrimento causado por sentimento de profunda tristeza, raiva, não aceitação, revolta e perda de sentido de vida, e desta forma, fazer com que a vivência deste momento seja extremamente dolorosa para o indivíduo (Kovács, 1992; Kastenbaum & Aisenberg, 1983).

No caso específico deste trabalho, a proposta é realizar o estudo de caso de uma paciente que desenvolveu quadro de profunda depressão e dor crônica em função da vivência do luto causado pelo falecimento de sua irmã. Como meio de melhor compreender o impacto deste momento na vida da paciente, o objetivo geral deste trabalho é analisar de forma mais aprofundada os elementos que serviram como fatores constituintes da configuração apresentada pela paciente, como: luto, dor e sofrimento, bem como o de promover maior conhecimento e compreensão das técnicas e teorias utilizadas no processo terapêutico.

Para tanto, o estudo foi estruturado em três capítulos, os quais abordaram o tema de forma que englobasse os principais aspectos deste caso. No primeiro capítulo, foi

realizada análise teórica como base para compreensão do quadro inicial da paciente. Foram abordados temas como: dor e subjetividade, a partir da Teoria da Subjetividade de González Rey (2003), a noção de corporeidade de Merleau-Ponty (1994), bem como os estudo sobre vivência de luto de Kovács (1992) e representação da morte de Kubler-Ross (1998) e outros autores de temas afins. Este estudo teórico serviu como fundamento para o desenvolvimento do capítulo seguinte.

Nesta parte do estudo, no segundo capítulo, foi realizada análise mais apurada a partir de uma leitura clínica aprofundada, baseada no entendimento do terapeuta sobre o caso a partir das informações que a paciente trouxe, da configuração subjetiva apresentada pela cliente, juntamente com os conhecimentos teóricos constantes na primeira parte do estudo. Este capítulo foi importante para entender o contexto em que tal quadro foi desenvolvido, identificar as principais questões a serem trabalhadas e principalmente conhecer melhor a paciente a partir de sua singularidade.

Por fim, o terceiro capítulo, teve como foco o tratamento efetuado pelo terapeuta e a melhora apresentada pela paciente. Foram abordados aspectos da teoria Ericksoniana, como também as técnicas utilizadas para a realização do tratamento. Nesta parte do estudo, pode-se verificar a eficácia da condução da terapia, pelo vínculo construído entre paciente e terapeuta, bem como pela significativa mudança apresentada pela paciente no decorrer da terapia e principalmente no último encontro.

Capítulo 1 – Dor e Luto

1.1 Breve Histórico

A dor, considerada como a expressão humana mais antiga, é presente na vida do homem desde suas origens (Carvalho, 1999). Na primeira fase da humanidade, período pré-histórico, os povos primitivos a entendiam como sendo ação dos demônios e espíritos ruins, os quais possuíam formatos de monstros e já causavam impactos, simplesmente pela forma com que se apresentavam em suas fantasias. (Prescott, 1971). Nesta fase, aparece a figura do curandeiro como meio de aliviá-la e até mesmo curá-la, utilizando para tanto, ervas medicinais, rituais de cura, magias, amuletos, com a finalidade de exorcizar os demônios da dor (Prescott, 1971).

No período da mitologia, o sentimento da dor era atribuído aos castigos infligidos pelos deuses à humanidade, por atos considerados ofensivos a sua divindade. Nesta fase da história, ocorre a substituição da figura do curandeiro pela presença dos “sacerdotes”, que nos santuários atendiam e faziam preces pelos que sofriam, também por meio de rituais, magias e sacrifícios oferecidos aos deuses.

Já na época dos filósofos gregos, Aristóteles e Platão, a dor era considerada como sendo processo emotivo, que tinha como origem a “paixão da alma”. Mais à frente na história, na era do cristianismo, acreditava-se que o sentimento da dor seria como uma consequência proveniente do pecado praticado pelo homem, cujo seu processo de alívio e cura ocorria a partir da imposição de mãos e oração realizada pelo clero, como continuação das ações de Cristo (Prescott, 1971).

Durante a Idade média, os métodos utilizados para alívio da dor, também perpassavam pelas orações dos sacerdotes, plantas medicinais, rituais, crenças em objetos, como amuletos, crucifixos, assim como a realização de cirurgias, que já eram praticadas pelos chineses, babilônios, egípcios, antes mesmo deste período da história (Prescott, 1971).

No início do século XIX, é que o alívio da dor bem como sua cura, assume um caráter científico. Várias pesquisas e experiências foram realizadas e com isso ocorreram várias descobertas, como: analgésicos, dentre eles a morfina, como também o desenvolvimento de várias substâncias farmacológicas, e também de técnicas e métodos como: hipnose, musicoterapia, biodança, relaxamento, homeopatia, dentre outros, com a finalidade alcançar um importante objetivo perseguido pelo homem: o de não sofrer (Schowb, 1997).

Atualmente, considerada pela medicina e enfermagem como o quinto sinal vital, a dor assumiu um significativo papel na clínica médica, posto que sua percepção e mensuração por parte do paciente, passaram a ser um importante fator de base de tratamento, bem como a escolha da melhor conduta terapêutica de acordo com o caso (Sousa, 2002).

Segundo Sousa (2002, p. 1), a dor “é considerada como uma experiência subjetiva, que pode estar associada a dano real ou potencial dos tecidos... cuja percepção é caracterizada como uma experiência multidimensional, diversificando-se na qualidade e na intensidade sensorial, sendo afetada por variáveis afetivo-motivacionais”.

Partindo desta concepção, de que a dor é uma experiência subjetiva, foi constatado que sua análise e mensuração por um observador externo era algo de difícil possibilidade, posto que não existia, e não existe, instrumento físico capaz de medir precisamente a

intensidade de uma experiência tão complexa e pessoal quanto a vivência da dor (Sousa, 2002).

Contudo, foram desenvolvidas algumas escalas de descritores verbais diferenciais, a teoria de detecção de sinais, como também o Questionário McGill, que atualmente é considerado como um dos melhores instrumentos de avaliação da dor, por abranger aspectos das dimensões sensitivo-discriminativa, afetivo-motivacional e cognitivo-avaliativa. Tais instrumentos foram desenvolvidos com o intuito de compreender o processo da dor e utilizar as informações coletadas para melhor direcionar o tratamento e a conduta terapêutica (Pimenta & Teixeira, 1996). Estes instrumentos não conseguem dimensionar a intensidade da dor do sujeito, no entanto, se aproximam qualitativamente da forma com que o indivíduo a sente, bem como, tenta esclarecer sua origem e fatores que estão envolvidos neste contexto.

Este breve histórico procura mostrar como a dor é presente na vida do homem desde sua origem, assim como é constante na história dos povos e na sua evolução evidências sobre os diferentes mecanismos utilizados por eles, para melhor compreendê-la, controlá-la ou até mesmo curá-la (Carvalho, 1999).

Outro ponto importante ao refletir sobre o histórico da dor, é que de acordo com que o momento histórico e a cultura foram se modificando, as formas de compreensão, percepção e reação à dor, também foram se alterando. Igualmente a este processo, os mecanismos e meios utilizados para aliviá-la e curá-la também acompanharam este movimento histórico da evolução humana (Prescott, 1971).

Os estudos sobre a dor apresentados pelos autores Prescott (1971) e Schowb (1997), já expostos neste texto, são focados na visão médica da dor, a qual considera o aspecto psíquico separado da dimensão física, ou seja, o corpo objetivo independente do corpo subjetivo. Contudo, serão tomados como referência e orientação os estudos preconizados por González Rey e Merleau-Ponty, cuja essência é constituída pela visão do homem como um corpo único e indissociável em que não se admite a separação entre corpo e mente, pois não se pode diferenciar o que é sentido daquilo que é expressado (Merleau-Ponty, 1994).

1.2 – Dor e Subjetividade

De acordo com Figueiró (1999, citado em Elias, 2001) a dor é um fenômeno ‘Biopsicossocial’ e subjetivo, ou seja, resultado de uma combinação de fatores biológicos (sensoriais), psicológicos (afetivos, cognitivos), comportamentais, sociais e culturais, os quais agem de forma integrada na construção da experiência dolorosa individual. Desta forma pode-se entender que a forma com que cada indivíduo vivencia a experiência de dor é única e singular, posto que é a dor de um sujeito que é ao mesmo tempo sentida e expressada em seu corpo.

Assim, ao considerar a dor como um fenômeno complexo, multideterminado e principalmente subjetivo, pode-se compreender a vivência desta experiência como sendo singular, perpassada por um sentido subjetivo que é único para cada indivíduo. Esta compreensão, torna-se possível, a partir do entendimento do conceito de sentido subjetivo, que González Rey (2003), define em sua “Teoria da Subjetividade”, como

“unidade auto-organizada da subjetividade, que se processa por meio da integração de significados, processos simbólicos e de emoções, em que a presença de um desses elementos evoque o outro, sem que seja absorvido pelo outro (González Rey, 2003).

Dito de outra forma, a constituição do sentido subjetivo ocorre num espaço simbólico, que é produzido pela história pessoal do sujeito e pela sua vivência dentro da cultura, acompanhado de emoções evocadas pela experiência vivenciada. (González Rey 2003). Neste contexto, entende-se por emoção, o estado do sujeito ante toda ação, que o caracteriza no espaço de suas relações sociais (González Rey, 2003), a partir de suas realidades pessoais, que são sentidas e vividas de forma absolutamente individualizadas (Mahoney, 1998), mas dentro de um ambiente cultural.

Neste sentido, a subjetividade da dor pode ser compreendida principalmente pela sua vivência emocional, que é sentida primeiramente pelo corpo e “representa o momento essencial da definição subjetiva do sujeito” (González Rey, 2003, pag. 243). Isto quer dizer, que o sentido subjetivo é que mobiliza o sujeito e faz com que sua experiência da dor seja vivenciada de forma única (González Rey, 2003), expressada de acordo com sua percepção da realidade objetiva e, sentida a partir da construção de sua realidade subjetiva, tendo como elementos constituintes o histórico de suas relações, a construção dos símbolos pela interação com o social e cultural e a afetividade (Sarti, 2001).

Deste modo, pode-se entender que da mesma maneira que cada sujeito se constitui de forma única, a partir de vários fatores que se interagem na relação do singular com o social e como produto dessa dinâmica a subjetividade individual é construída (González Rey, 2007). Da mesma forma, a percepção e reação à dor, ocorrem a partir da vivência dos processos subjetivos, os quais constituem sentidos únicos à experiência da dor vivida

no corpo, que são produzidos num espaço simbólico, permeado pelas relações complexas e multideterminadas entre o singular e o coletivo. (Sarti, 2001)

Assim sendo, tão importante quanto a compreensão do processo da dor vivenciada na dimensão individual, o seu entendimento dentro do universo coletivo é de significativa importância, posto que, fatores sociais e culturais são elementos significativos que influenciam consideravelmente a vivência da dor e a atitude do indivíduo diante de um quadro de dor (Schowb, 1997).

Partindo deste pressuposto, embora a experiência da dor seja subjetiva, singular e intrasmissível, suas traduções são realizadas por meio da linguagem verbal dada pelo sujeito ou da expressão corporal externada no ambiente (Schowb, 1997). Estas duas formas de linguagem, verbal e corporal, são vividas e apreendidas subjetivamente pelo indivíduo, embora o seu significado seja elaborado histórica e culturalmente e transmitido pelas relações sociais constituintes da subjetividade social.

Segundo González Rey (2003), esta estreita relação do singular com o coletivo, promove o processo de construção e constante transformação tanto da subjetividade individual, quanto da social. Desta forma, considera-se que o “espaço social é constituído historicamente pela subjetividade social, que antecede a organização do sujeito psicológico concreto” (González Rey, 2003, pag. 205). De modo que, os significados conferidos pela coletividade, é que validam as formas de manifestação de reação à dor (Sarti, 2001), que é vivida de forma singular, em função da subjetividade individual, experienciada no contexto social (González Rey, 2003).

Neste sentido, pode-se considerar que tanto na percepção da dor quanto na sua expressão, o social e individual são vividos de forma integrada, onde o primeiro não é

considerado como algo à parte que ocorre de forma objetiva, externa à subjetividade individual, uma vez que o social é um momento de subjetivação do sujeito (González Rey, 2003). Ao contrário, a subjetividade social e individual, são consideradas como sistemas aberto, complexo, dinâmico e em constante transformação, em que a atuação de ambas possui caráter ativo uma em relação a outra, que repercute diretamente tanto no desenvolvimento social como no individual, (González Rey, 2003)

A influência que o ambiente cultural exerce sobre o processo de sensação e manifestação da dor, envolve dentre outros fatores, as questões ligadas ao gênero, convívio familiar e social, ao contexto em que a dor é sentida, às relações de trabalho, experiência religiosa, dinheiro, violência, aos costumes locais, como também a relação com os profissionais de saúde, que tratam da dor do paciente (Sarti, 2001). Analisando por esta ótica, diversas variáveis externas atuam concomitantemente sobre o mesmo indivíduo, que irá sentir a vivência desta experiência, de forma totalmente única, a partir da interação dos significados construídos pelo social, juntamente com as representações simbólicas constituídas pelos processos subjetivos individuais. (González Rey, 2007).

A partir do exposto, pode-se compreender que a percepção do valor social atribuído à dor, é que dá significado a esta experiência e influencia sobremaneira na forma de como a dor será vivida, tolerada e aceita (Sarti, 2001), e o simbolismo do social juntamente com a emocionalidade vivida no corpo do sujeito é que possibilitará a construção do sentido subjetivo de tal vivência, e fará com que ela seja uma experiência subjetiva e singular (González Ray, 2003).

Assim, a percepção e a expressão da dor podem ser consideradas como a conjunção de vários fatores, como já exposto neste texto, que co-existem e consubstanciam-se em realidade pela experiência vivida no corpo, que é objetivo, concreto, social, cultural e ao

mesmo tempo, singular e subjetivo. Partindo dessa constatação, faz-se extremamente necessário um entendimento mais detalhado sobre a noção de corpo vivenciada pelo sujeito.

1.3 - Corpo

A experiência de dor, ao ser analisada como um fenômeno que ocorre de forma multideterminada, a partir da interação de vários fatores, mas que invariavelmente será manifestada pela expressão corporal, permite que se reflita sobre a representação individual e social que o corpo tem para o sujeito.

Inicialmente é importante considerar que o corpo “defini-se de acordo com as regras do mundo social ao qual se inscreve” (Sarti, 2001). Isto quer dizer, que além do aspecto biológico humano, a noção de corporeidade, assim como o processo de reação a dor, será criada e recriada simbolicamente pelo sujeito a partir de suas relações e vivência inseridas no contexto sócio-cultural do qual é constituinte.

Tal processo de transformação, o qual o sujeito atua como agente produtor de novos significados e simultaneamente como indivíduo que é constituído também por estes significados (González Rey, 2003), pode ser entendido principalmente pela noção de corporeidade, em que o sujeito se constitui a partir da percepção corpórea baseada na vivência de suas experiências (Merleau-Ponty, 1994).

Em sua obra “Fenomenologia da percepção”, Merleau-Ponty, defende a ideia de que a experiência perceptiva é uma experiência corporal, onde o corpo além de possuir uma dimensão espacial concreta, condição básica para sua existência no mundo, possui também uma dimensão subjetiva, em que o corpo é concebido como núcleo de

significações e expressões do modo de ser autêntico da existência pessoal (Merleau-Ponty, 1994).

Neste sentido, a partir dessa nova forma de apreensão do mundo, proposta pelo autor, o corpo deixa de ser visto apenas como objeto orgânico, em que as sensações e os órgãos dos sentidos assumem papel de receptores passivos, na relação do sujeito com o mundo (Martini, 2006). Passa então, a ser pensado como espaço expressivo e simbólico, da experiência perceptiva vivida pelo sujeito, a qual permite a criação de “novas possibilidades de interpretação das diferentes situações existenciais” (Nóbrega, 2008).

Estas diferentes formas de interpretar, partem da premissa de que o corpo possui um potencial de criar novos sentidos e significados, uma vez que ele existe no mundo, que atua e se relaciona socialmente e culturalmente (Sarti, 2001), daí sua possibilidade de criar novos significados. Assim como, a partir da compreensão da percepção como um acontecimento existencial (Nóbrega, 2008), em que cada experiência é carregada de emocionalidade e simbolismo (González Rey, 2003), e inicialmente sentida na experiência corporal de forma subjetiva e singular, permite a criação de novos sentidos subjetivos, pertencente ao universo individual.

Esta experiência corpórea é entendida por Merleau-Ponty (1994), como fonte primeira da vivência do ser em situação, em que a experiência vivificada dá o sentido subjetivo da relação do corpo com o mundo, o qual se traduz na forma de se expressar do sujeito (Merleau-Ponty, 1994).

O sentido subjetivo, que o autor cita como produto da vivência do corpo, pode também ser compreendido, por meio de seu conceito definido por González Rey (2003), como sendo o que mobiliza o sujeito a agir e reagir de determinada forma, frente às mais diversas situações que se apresentam no decorrer da vida. O sentido subjetivo, de acordo

com González Rey (2003), se produz num espaço simbólico, perpassado pela história pessoal, momento de vida, contexto histórico e cultural e principalmente, pela emocionalidade que a vivência de tal situação evoca no sujeito.

Ambos os autores convergem seus entendimentos e compreensão acerca da complexidade do sujeito, num ponto crucial para a definição do que é singular, individual, subjetivo, conforme González Rey ou existencial, segundo Merleau-Ponty, que é a emocionalidade vivida no corpo. O primeiro autor, considera a emoção como o “momento essencial da definição subjetiva do sujeito” (González Rey, 2003, p. 243) e também como o principal fator constituinte do sentido subjetivo. Já o segundo autor, enfoca sua reflexão na dimensão da primeira experiência do sujeito, que é sentida e vivida pelo corpo. Explica que este sentimento tem como fator gerador a emoção que a vivência da experiência desencadeia, pois é um corpo que percebe o mundo, que sente, interage e, se constrói pela relação com o meio. Sai de uma postura passiva, de apenas receber influência do mundo externo, para assumir uma posição ativa e dinâmica, propiciando a substituição do pensamento “eu penso que” pela consciência do “eu posso” (Merleau-Ponty, 1994, p. 192).

Neste sentido, pode-se considerar que essa nova forma do sujeito se relacionar com o mundo, promoveu o desenvolvimento de uma sabedoria corporal individual (Martini, 2006). Esta sabedoria, permite que a reação do sujeito frente a qualquer situação, como por exemplo, a experiência de dor ou vivência de luto, seja expressada de acordo com as práticas definidas pelo cultural, mas em contra partida, vivenciada corporalmente a partir da subjetividade individual.

Este processo dinâmico envolve elementos da percepção, interação do sujeito com o tempo, espaço e o mundo e tem como fundamento a concepção de Merleau-Ponty (1994)

da “existência como presença do ser no mundo, cuja expressividade o corpo possibilita” (Nóbrega, 2008, p. 3). Segundo o autor, o movimento do corpo simboliza a existência pessoal, que projeta as significações no mundo externo e faz com que passem a ocupar um lugar e existir como “coisas” (Martini, 2006). Nesta dinâmica, algo novo e criativo é produzido pelo ser que opera no ambiente, posto que, os sentidos são atrelados aos movimentos, e estes são carregados de sentidos, ou seja, de uma intenção.

Por tanto, a dor no corpo não representa, por exemplo, a perda de um ente querido vivenciado no período do luto, ela é a própria dor da perda e não sua representação (Merleau-Ponty, 1994). Não se distingue o que se sente do que se manifesta, posto que o psíquico e a vida corporal, ocorrem na unidade do próprio corpo em que o “expresso não existe separado da expressão” (Merleau-Ponty, 1994, p. 238). Ambos co-existem no mesmo momento da expressão, pois ao se comunicar com o mundo, o homem comunica consigo próprio e se reconhece e se constrói a partir destas experiências (Martini, 2006).

Para melhor entendimento do processo da expressão corporal frente a vivência de luto, que neste estudo está relacionado com o quadro de dor apresentado por uma paciente num momento de grande sofrimento pela morte de sua irmã, faz-se necessário maior compreensão dos processos da experiência de luto.

1.4 - Representação da morte

De forma geral, existe certa resistência do homem em lidar com assuntos relacionados à morte, bem como, uma dificuldade bastante acentuada quando este se depara com situação concreta de perdas de laços afetivos significativos em sua vida, causados pela ocorrência da morte (Kubler-Ross, 1998). No entanto, do ponto de vista biológico, a

morte faz parte do processo natural de vida, assim como o evento do nascimento. Contudo, além desta dimensão biológica o ser humano caracteriza-se também pelos aspectos simbólicos, quer dizer, pelo valor e significado que imprime às coisas (Combinato & Queiroz, 2006), que irá variar de acordo com a cultura, história de vida e sua subjetividade individual e social (González Rey, 2003).

Dependendo do contexto de sua ocorrência, a morte pode representar rupturas, perdas expressivas, desintegração, separação, vivência de aniquilamento, momento de profundo desamparo, ausência constante, ou seja, os mais diversos sentimentos oriundos do estado de impotência do sujeito frente a perdas tão expressivas em sua vida (Kovács, 1992). Como também ao contrário desta situação, a morte pode ter sua representação em muitos casos como momento de descanso, entrega e alívio, sedução, fascínio, reencontro, nova forma de viver, uma grande viagem e outras formas mais de aceitá-la e compreendê-la (Kovács, 1992).

Todas estas maneiras de lidar com tais sentimentos, segundo Kovács (1992), estão diretamente relacionadas com o processo de desenvolvimento do sujeito, a maneira de viver e de representar as perdas que ocorrem no decorrer da vida, bem como a relação que tinha com o falecido e o contexto em que a morte ocorreu. A co-existência desses fatores, juntamente com as práticas culturais admitidas pelo coletivo (Sarti, 2001), e mais a configuração subjetiva do sujeito é que farão com que este represente e vivencie esta experiência.

Além dos fatores culturais e individuais, aspectos como o caráter irreversível da morte, bem como sua indefinição quanto ao tempo, espaço, forma (que faz com que sua ocorrência seja uma incógnita para o homem), juntamente com o desconhecimento do

que ocorre após sua concretização, faz da morte algo aterrorizante e de efeito devastador na subjetividade humana (Kovács, 1992). Isto devido ao fato de que o mistério que a envolve, funciona como legítima fonte de um dos maiores sentimentos causados pela sua presença, que é o medo.

De acordo com Choron (1964, citado em Kastenbaum & Aisenberg, 1983), existem três tipos de medo da morte, os quais são: o que vem depois da morte, o próprio evento da morte e o “deixar de ser”, que representa o aniquilamento e a extinção, uma vez que pensar sobre a não-existência própria torna-se algo de difícil aceitação e fonte de profunda angústia. Já o medo quanto ao evento da morte em si, está relacionado com a forma de morrer, que envolve a possibilidade de sofrimento físico, assim como a possível relação de dependência do outro. Em relação ao temor do que virá após a morte, o autor acredita que podem surgir sentimentos como rejeição, medo da perda dos laços afetivos, medo da vivência de um possível castigo, como punição de seus atos durante a vida, sendo este sentimento muito ligado à noção de religiosidade praticada pelo sujeito.

Por isso, Kovács (1992, p. 15) considera que “nenhum ser humano está livre do medo da morte”, pois sua presença trás consigo dois grandes medos, que são o do abandono, no caso da ausência do outro em função da separação causada pela sua perda e o da própria finitude, que desperta fantasias relacionadas a própria morte. Neste sentido, Choron (1964, citado em Kastenbaum & Aisenberg, 1983) e Kovács (1992) acreditam que a vivência de tais fantasias estão relacionadas com a idéia de quando e como será o momento de partida ou então a preocupação com o que virá depois de seu acontecimento.

Outro importante sentimento relacionado à perda do outro é o de impotência, ou seja, de total incapacidade de reverter a realidade dos fatos e apenas sofrer seus efeitos

causado pela sensação de fracasso, fraqueza e muitas vezes sentimento de culpa (Kastenbaum & Aisenberg, 1983). Neste caso, a representação da morte é de limite da vida e ruptura do contato, então sua vivência transforma-se em dor, perda das funções, do afeto, sentimento de solidão, tristeza e, por consequência produz a percepção de estagnação do tempo e espaço e ainda a fixação do pensamento na pessoa perdida (Kovács, 1992).

A vivência deste momento é de difícil compreensão e aceitação, posto que remete não somente ao sofrimento da perda do outro, mas também à tomada de consciência de que a morte não é uma escolha e sim uma certeza, é a “possibilidade mais irrefutável da existência humana” (Heidgger, 1927, citado em Penha, 1989). Desta forma, a constatação da possibilidade futura da própria finitude ou da perda dos demais, desencadeia forte sentimento de angústia pelo contato próximo com a característica do que é mais peculiar ao ser humano e também mais temida e negada por ele, que é a certeza de sua mortalidade (Penha, 1989).

Contudo, certas situações relacionadas a este contexto podem ser vividas de forma diferenciada, assumindo um caráter de transformação, como uma experiência que produza novos sentidos de vida (Kovács, 1992). De forma geral, estas experiências apresentam um cunho religioso, que influenciam sobremaneira no processo de compreensão e aceitação de tal ocorrência. Neste caso, a morte assume a representação de sabedoria e momento de profundas mudanças subjetivas.

Partindo do exposto, pode-se entender que a forma com que cada indivíduo irá lidar com situações que envolvem a morte, dependerá da representação que esta tem para ele, uma vez que, “cada um trás dentro de si uma morte, ou seja, a sua própria representação

da morte” (Kovács, 1992). Sendo assim a partir desta representação individual é que o período do luto, marcado pela perda e sua elaboração, será vivenciado pelo sujeito.

1.5 - Luto

A morte do outro configura-se como a vivência da morte em vida. É a possibilidade de experiência da morte que não é a própria, mas é vivida como se uma parte nossa morresse, uma parte ligada ao outro pelos vínculos estabelecidos (Kovács, 1992, p. 149).

A experiência de luto pressupõe perda de uma relação bastante próxima, ligada por vínculos afetivos muito significativos construídos a partir do convívio, conhecimento e troca de experiência de uma pessoa com a outra. Neste contexto, a perda do outro pode representar algo traumático e de muito sofrimento, tornando-se para o enlutado uma experiência desorganizadora e assustadora, por ser vivenciada como morte em vida, como a perda do outro e de uma parte de si (Kovács, 1992).

Este momento pode ser marcado pela presença de profundos sentimentos, como: raiva, desespero, irritabilidade, solidão, medo, dentre outros, os quais geralmente têm como fator gerador a não aceitação do fato em si, ou seja, rejeição desta nova realidade que traz consigo tanto sofrimento (Kovács, 1992). Durante esta fase, o sujeito vivencia momentos de muita instabilidade emocional, posto que vez que ao mesmo tempo em que nutre esperança de encontrar a pessoa falecida, cada vez mais percebe que tal fato não irá ocorrer e, aos poucos se depara com a constatação de que a perda realmente é definitiva (Kovács, 1992). Neste período o enlutado passa do sentimento de esperança para profunda tristeza, sentimento de vazio, desamparo e depressão, se configurando como momento de muita dor e descrença (Paraíba & Silva & Hart, 2008).

De acordo com os estudos de Bowlby (1970, citado em Combinato & Queiroz, 1992), a experiência do luto pode ser vivida em quatro fases, as quais distinguem-se quanto à intensidade e duração. A primeira fase é considerada coma a fase de torpor ou aturdimiento, com duração de algumas horas ou semanas, que pode vir acompanhada de manifestações de desespero ou raiva; a segunda, considerada a fase da saudade e busca da figura perdida, pode durar meses ou anos, podendo ocorrer também episódios de raiva, uma vez que o enlutado passa a perceber de fato a sua perda; a terceira fase entendida por Bowlby (1970, citado em Combinato & Queiroz, 1992) como a da desorganização e desespero, possui como característica marcante as manifestações mais presentes o choro, a raiva, as acusações envolvendo pessoas próximas – uma profunda tristeza é sentida quando ocorre a constatação da perda como definitiva, podendo ocorrer o sentimento de vazio, a sensação de que nada mais tem valor; e a última fase, descrita pelo autor como o período de organização, neste momento ocorre a aceitação da perda e a constatação de que uma nova vida precisa ser iniciada. O sentimento de saudade, a necessidade da presença do outro e a tristeza podem retornar, posto que este processo é vivenciado de forma gradativa, mas nunca totalmente concluído.

Durante o luto, além da dor da perda, ou seja, da ausência permanente do ente querido, o enlutado precisa lidar também com as mudanças que ocorrem em sua vida, em detrimento desta nova realidade que se estabelece na sua rotina (Paraíba & Silva & Hart, 2008). Tanto a realidade externa quanto a interna precisam ser reorganizadas a partir da compreensão de que uma nova vida precisa ser construída (Paraíba & Silva & Hart, 2008). Para tanto, é fundamental que ocorra a elaboração do luto, que é possível a partir da expressão dos sentimentos, da possibilidade do enlutado poder falar sobre a morte e a pessoa perdida, sobre seus medos e desejos, e do tanto que essa perda significa para sua

vida (Kubler-Ross, 1998). Deste modo, com o passar do tempo, a pessoa falecida é “internalizada nas memórias e lembranças do enlutado” (Paraíba & Silva & Hart, 2008, p. 156), e assim é restabelecido o equilíbrio emocional e inicia-se a fase de adaptação a esta nova vida.

Todo este processo do luto, para Bomberg (1998, citado em Paraíba & Silva & Hart, 2008) é experienciado em quatro dimensões do sujeito, sendo estas: emocional, física, espiritual e social. Na primeira dimensão o autor relaciona os prováveis sentimentos que o sujeito poderá experimentar neste período, os quais já foram descritos anteriormente. Na segunda respectivamente, Bomberg (1998, citado em Paraíba & Silva & Hart, 2008) cita as alterações fisiológicas que podem ocorrer, como: insônia, inquietação, exaustão, problemas com alimentação, dores no corpo, dentre outros. Em relação à dimensão espiritual, Bomberg (1998, citado em Paraíba & Silva & Hart, 2008), fala sobre questionamento de valores, perda ou aumento da fé, desapontamento com a religião de origem, como também, forte sentimento de traição de Deus. E na dimensão social, de acordo com o autor, é comum o comportamento de isolamento, falta de interação e inabilidade de se relacionar socialmente.

Ao analisar as duas primeiras dimensões, a emocional e física, pode-se compreender a vivência do luto como uma experiência corporal, que é vivida e sentida primeiramente no corpo físico, como fonte primeira de interação com o mundo externo e manifestação dos conteúdos internos, existenciais (Merleau-Ponty, 1994), como também, compreendê-lo a partir de processo subjetivo do sujeito, que possui como fator preponderante na constituição do sentido subjetivo a emocionalidade vivida corporalmente, que para González Rey (2003) é o que define a subjetividade do sujeito.

Deste modo, é possível entender que o processo do luto ocorre a partir da integração dessas quatro dimensões do sujeito, que são vivenciadas segundo sua subjetividade individual e manifestada por meio de sua expressão corpórea, a qual segundo Heidegger (1927, citado em Penha, 1989) é a forma de Ser-no-Mundo “Dasein”, que é o indivíduo, o homem que possui um corpo e interage com o meio externo, expressando seu mundo interno, ou seja, sua existência.

A partir desta perspectiva, o presente estudo pretende analisar a complexidade da experiência de dor vivida psíquica e corporalmente, no caso específico, dores intensas sentidas em diversas partes do corpo, pela vivência de luto de uma paciente em função da perda de sua irmã. Para tanto, será utilizado o referencial teórico exposto neste capítulo, como forma de compreender a vivência de tal momento a partir de sua singularidade, a influência das outras dimensões para a configuração do quadro de depressão e dor apresentado pela paciente, bem como, seu processo de elaboração do luto realizado durante o período da terapia.

Capítulo 2: Leitura Clínica do Caso

A paciente deste estudo de caso, Dona Teresa¹, foi encaminhada para atendimento psicológico do CENFOR, por uma das alunas do projeto de estágio: Terapia Breve – Dor Crônica, a qual também pertencia ao projeto de Estágio de Psicologia Hospitalar realizado no centro de atendimento da Clínica da Dor do Hospital de Base.

Dona Teresa, 57 anos, apresentou-se na primeira sessão de forma muito abatida, com tristeza aparente e relatando muita dor no corpo em função da doença fibromialgia, já diagnosticada por seu médico. Sua postura corporal era bastante tensa e rígida, sentando-se na poltrona de forma retraída e “irregular”, em decorrência da dor física e do estado emocional depressivo que se encontrava em função da morte de sua irmã, ocorrida há aproximadamente cinco meses.

Técnica em enfermagem de um centro diagnóstico de cateterismo cardíaco, há 18 anos, D. Teresa estava afastada de seu trabalho desde o falecimento de sua irmã. Relatou ter ótimo relacionamento com os seus colegas de trabalho, bem como com o proprietário da clínica, o qual solicitou que voltasse às suas atividades, pois todos sentiam sua falta. Quanto a isso, a paciente demonstrou ter muito prazer em sua profissão e gostar muito do ambiente de seu trabalho, enfatizando estes aspectos quando diz *“eu adoro o que eu faço”* *“meu trabalho me faz muita falta”*. Contudo, em função da vivência do luto - D. Teresa, mostrava-se emocionalmente ainda muito abalada e sem condições de retornar às atividades de seu emprego. Esta situação fica evidenciada no relato de uma de suas

¹ Com o propósito de resguardar a identidade da paciente, optou-se por utilizar o nome fictício “Dona Teresa”.

conversas com seu chefe, em que descreveu a seguinte fala: *“aquela Teresa não existe mais, morreu...”*.

Apesar de estar afastada do trabalho e sentir-se paralisada pela dor, nunca fez parte de seus planos até então aposentar-se e tornar-se inativa. O estado emocional em que ela se encontra desde a morte de sua irmã, juntamente com as dores causadas pela fibromialgia, propiciaram o seu afastamento do trabalho. No entanto, tal situação também favorece à manutenção de seu estado depressivo, uma vez que, D. Teresa sente falta de seu trabalho, das pessoas que tinha convívio e principalmente de produzir, mas vê-se impossibilitada de retornar às atividades por se sentir incapaz de desempenhar suas tarefas como de costume, em função também do desânimo, falta de energia, tristeza e das dores no corpo.

Quanto a sua família, D. Teresa é casada há trinta e oito anos e desta união teve três filhos, sendo duas mulheres e um homem. Possui quatro netos, dois da filha caçula, um do único filho e o outro da filha mais velha. Quando começou a descrever sua família, a paciente emocionou-se perceptivelmente ao falar de seu filho, mostrando ter forte relação afetiva com ele. Quanto ao seu relacionamento com suas filhas, D. Teresa também demonstrou afetividade para com elas, no entanto, esta demonstração foi mais significativa ao falar de seu filho. Relata que sua filha mais velha, é mais ativa e segundo ela *“toda estabanada”*, sente que de certa forma sua primogênita age como se estivesse pressionando-a para fazer as coisas. Contudo, D. Teresa disse que não aceita esta pressão, mostrando isso na seguinte fala: *“eu não gosto, já corto logo... fico brava e ela me deixa em paz”*. Já o relacionamento com sua filha caçula, a paciente o descreve como sendo mais tranquilo, posto que esta é mais calma e quando quer algo, tenta convencer por meio

do diálogo e, geralmente consegue o que quer. A paciente a descreve como sendo “*mais pacata ... bem mais carinhosa*”, por isso considera ser mais fácil de lidar com ela.

Quanto ao seu casamento, a paciente demonstra ter bom relacionamento com o marido, ressaltando que para estar junto há tanto tempo era preciso muita paciência, apesar de reconhecer que por vezes é mais “*explosiva*” do que seu companheiro. Relata que após a morte de sua irmã, seu marido faz de tudo para que ela melhore, demonstrando este aspecto da relação na seguinte fala: “*ele não sabe o que faz para que eu me sinta bem*”... *fica falando - sai dessa... você é forte, tem que sair dessa*”. D.

Teresa percebe que não só seu marido, como também seus filhos querem o melhor para ela, no entanto, demonstra não conseguir de fato sentir esta dor e extravasá-la, posto que seus familiares não conseguem vê-la na situação em que se encontra e deixá-la vivenciar este momento e esgotar seu sofrimento. Quando questionada pelo terapeuta, D. Teresa relata que ainda não chorou tudo que tinha que chorar, ou seja, ainda existe uma dor muito grande que precisa ser vivificada para poder ser elaborada.

Apesar do luto ser um processo de profundo sofrimento e de gradativa superação, segundo Kovács (1992), é necessário que o sujeito o vivencie e extravase sua dor, para que de fato possa superá-lo e com o tempo retomar sua vida novamente. Considerando o conceito de luto normal apresentado por Bowlby (1970, citado em Combinato & Queiroz, 1992), o qual possui as seguintes características: desânimo profundamente doloroso, completo desinteresse pelo mundo exterior, dificuldade de desenvolver toda e qualquer atividade que não esteja relacionada com a pessoa perdida, sentimentos de tristeza, vazio, muitas vezes raiva, desespero, dentre outros. Pode-se perceber que D. Teresa apresenta características do luto normal, no entanto, parece não conseguir vivenciá-lo como

deveria, principalmente pela pressão exercida por sua família, por não agüentar vê-la sofrer, uma vez que, a consideram como sendo uma pessoa forte e como tal “*não pode ficar chorando... precisa ser forte e sair dessa*”, conforme uma das falas de seu marido.

Em relação à sua família de origem, D. Teresa, é a filha caçula de uma grande família. Recorda-se que sempre foi muito bem tratada por todos e sempre se sentiu muito bem cuidada e amada por eles. No entanto, apesar de ter construído fortes laços afetivos com os pais e os irmãos, foi com Maria, uma de suas irmãs que era quatro anos mais velha, é que D. Teresa tinha uma relação muito próxima, marcada por forte vínculo afetivo em que ambas mantiveram esta relação de companheirismo, amizade e principalmente de muito cuidado mútuo ao longo de suas vidas.

Esta relação foi marcada pelo convívio cotidiano e por vivência de várias experiências relacionadas a cuidados mútuos, posto que freqüentemente elas se encontravam para prepararem comidas que fossem do agrado da outra; ou viajavam juntas para pescar, ou ainda preparavam chás, xaropes ou outros tipos de remédios necessários à saúde de uma e outra, como forma de demonstração de afeto e carinho. Tais cuidados ficam evidentes nos episódios em que segundo D. Teresa, Maria fazia para ela o “Arroz doce”, do jeito que ela mais gostava, como também, pelos cafés que tomavam juntas, pelas vezes que se sentia mal e Maria fazia chás para que melhorasse rápido, dentre outros acontecimentos.

Ao relatar tais episódios, a paciente demonstrou muita saudade e um profundo sofrimento causado pela perda dos cuidados que a irmã tinha para com ela, podendo ser observado nas seguintes falas: “*eu me sentia cuidada e aliviada*” “*ela tinha uma boa vontade muito grande*”, ou ainda quando falava das vezes em que iam pescar, D. Teresa

dizia: “*a gente ficava conversando muito...sobre muitas coisas.*”, segundo a paciente até nestes momentos de diversão, sua irmã cuidava dela, uma vez que, Maria utilizava a fumaça do cigarro para espantar os mosquitos de D. Tereza.

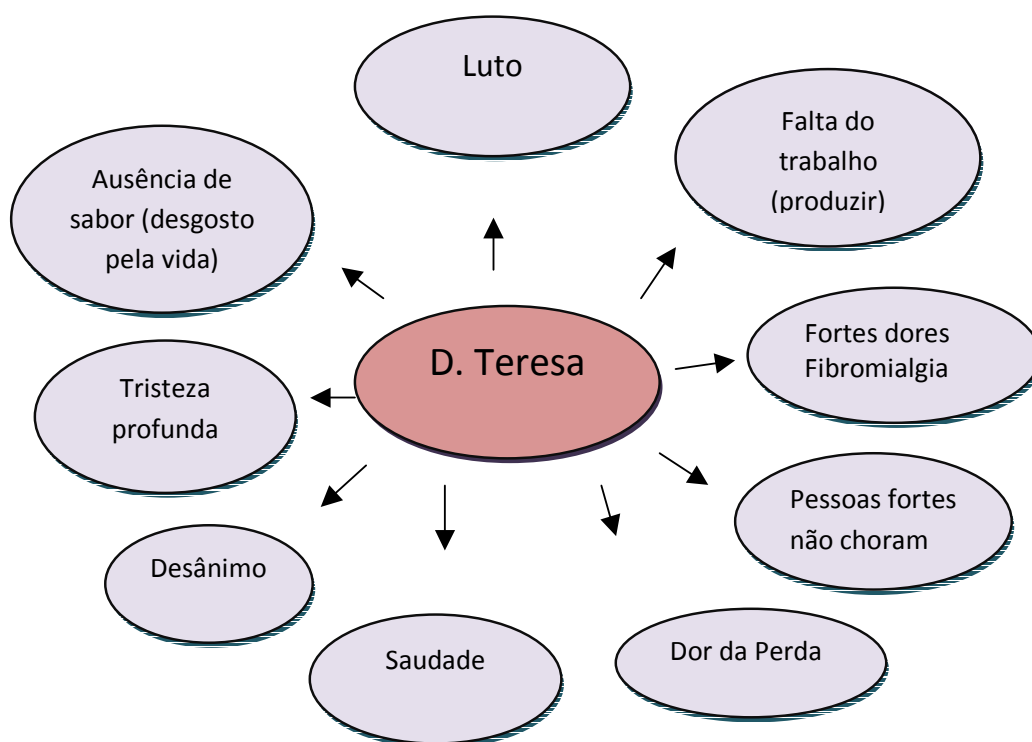
Em função da perda desta relação, pelo evento do falecimento de Maria, D. Teresa descreveu o momento vivenciado por ela como sendo de muito sofrimento, muita dor física e segundo ela também na alma, posto que tinha a sensação de estar num buraco sem fundo. Quando questionada pelo terapeuta sobre qual o tamanho do buraco, sua resposta foi: “*nossa, muito fundo... tanto que eu não vejo o fundo dele...*”. Relatou que desde o fato ocorrido, o único assunto que tem interesse é sobre a irmã, que não faz questão de esquecer, pois pensa nela o tempo todo. Após este acontecimento, desenvolveu quadro de insônia e, constantemente sente-se nervosa, agita, mas ao mesmo tempo sem força para sair desta situação. Sente esta perda como a maior que teve em sua vida, por considerar Maria como sua “*alma gêmea*”, segundo seu relato.

A partir deste contexto, pode-se entender que D. Teresa, está vivenciado a segunda fase do luto, que segundo Bowlby (1970, citado em Combinato & Queiroz , 1992), é marcado por presente instabilidade emocional pela esperança de encontrar a pessoa falecida e pela confirmação progressiva de que tal fato não irá ocorrer. Pode-se perceber isso, pelo fato de D. Teresa pensar na irmã o tempo todo e fazer questão de não pensar em outra coisa, como se dessa forma mantivesse Maria presente em sua vida e permanecesse ligada a ela. No entanto, em determinado momento se abate e sofre profundamente pelo forte sentimento de vazio, saudade, desamparo e depressão, quando constata que a perda é definitiva. Este momento é vivenciado com muito sofrimento, posto que configura-se como sendo de muita dor e descrença (Paraíba & Silva & Hart, 2008).

Esta intensa dor foi vivenciada pelo corpo da paciente não como representação da perda, mas sim como a própria dor da perda do convívio que tinha com Maria, assim como a brusca ruptura da relação de cuidado, carinho, companheirismo, amizade e amor que foi construída durante toda sua vida. Outro importante fator que contribuiu para o desenvolvimento deste quadro de dores no corpo foi o fato de não conseguir extravasar seu sofrimento, ou seja, externar toda sua dor causada por esta significativa perda em sua vida. Esta análise pode ser realizada a partir das considerações de Merleau-Ponty (1994), em que afirma que o psíquico e o corporal ocorrem na unidade do próprio corpo, posto que não se diferencia o que sente do que é expressado. Então, a dor que D. Teresa apresentava era sentida psíquica e corporalmente, em decorrência do sentido que esta relação tinha para si, bem como do sentido que a ausência deste contato, ou seja, a ruptura desta relação passou a ter em sua vida.

Outro significativo ponto mencionado pela paciente, foi o de que não conseguia mais sentir o sabor da comida, tudo para ela tinha perdido o gosto, não tinha mais graça. Este sentimento pode ser entendido a partir do que González Rey (2003) define como sentido subjetivo, uma vez que, a relação de ambas era perpassada por um ponto marcante que era o paladar. A demonstração de carinho e cuidado passava pelos momentos em que compartilhavam os acontecimentos de suas vidas, em contextos ligados à alimentação, ou em situações de cuidados específicos relacionados à saúde uma da outra. É possível entender que para D. Teresa o ato de preparar o alimento, bem como o de comer era marcado por um sentido subjetivo que transcendia o ato em si, pois tinha como valor simbólico o cuidado, carinho, encontro e a união.

Com base nas informações passadas pela paciente, juntamente com as observações realizadas durante as sessões, foi desenvolvido um esquema da Identidade de D. Teresa apresentado na *figura 1*, em que mostra, a partir da percepção do terapeuta, a configuração inicial da paciente.



A partir deste esquema, pode-se perceber que a configuração inicial de D. Teresa neste momento de sua vida, estava voltada para uma postura negativista, geralmente presente em quadros de depressão e luto, podendo ser melhor observado na falta de interesse tanto de preparar quanto de comer os alimentos, juntamente com a ausência de sabor relatada pela paciente, o desânimo, a tristeza profunda, o conflito causado pela necessidade de se afastar do trabalho em contradição com a com a falta que o mesmo lhe fazia e as fortes dores causada pelo desenvolvimento da fibromialgia.

Do mesmo modo, são partes constituintes do quadro apresentado pela paciente a dor da perda, a saudade, o sentimento de esperança de estar ainda ligada à irmã (pelos pensamentos recorrentes sobre Maria) e em seguida com a frustração por perceber que não irá encontrá-la. Esta constatação faz com que o sofrimento de D. Teresa aumente significativamente, posto que cada vez mais ocorre a confirmação da realidade de que aquela relação que tanto sente falta acabou e que a pessoa que tanto sente saudade de fato não terá mais contato.

Foi neste contexto e apresentando esta configuração que a referida paciente chegou ao consultório para ser atendida. Quando questionada pelo terapeuta sobre o que ela esperava da terapia, sua resposta foi: *“eu quero a cura da minha dor”....”quero sair deste buraco”* e desta forma foi iniciado o processo terapêutico conforme será descrito no próximo capítulo.

Capítulo 3 – Tratamento

Neste capítulo, serão abordados aspectos da teoria ericksoniana, a partir da visão de Carvalho (1999), O'Hanlon (1994), Robles (2005), bem como as técnicas utilizadas para a realização do tratamento de D. Teresa, com o intuito de promover melhor entendimento sobre a condução da terapia e o processo de mudança e melhora da paciente.

Inicialmente, foi realizado o acolhimento de forma muito natural fazendo com que D. Teresa ficasse à vontade na presença do terapeuta e falasse sobre as razões que a tinham levado até o consultório. No decorrer da sessão, a paciente ao relatar seu sofrimento e contextualizá-lo, forneceu ao terapeuta, várias informações como: as principais formas de se relacionar com a irmã e com os outros, indicando a base deste relacionamento, que no caso era muito voltado para o “sabor das comidas”, o “gosto das coisas”, o cuidado mútuo, bem como experiências prazerosas relacionadas à eventos de pescaria que realizava junto com a irmã, a satisfação que seu trabalho lhe proporcionava, ao forte sentimento de amor que tinha pelos filhos e netos, dentre outras.

A partir da forma com que D. Teresa apresentou-se (vestuário, postura, maneira de se expressar) juntamente com as informações apresentadas, o terapeuta passou a ter subsídios o suficiente para compreender o funcionamento da paciente. Isto quer dizer que, baseando-se na linguagem verbal e não verbal, o terapeuta pôde realizar uma leitura do funcionamento dos aspectos subjetivos da paciente e compreender quais eram os temas centrais e serem trabalhados no tratamento de D. Teresa.

Também foi abordada e dimensionada a dor da paciente. Para isso, foi solicitado que descrevesse a forma, intensidade e local das dores, uma vez que a paciente apresentava

quadro de fibromialgia. Durante este momento, como forma de começar a trabalhar a diminuição das dores, o terapeuta fez a seguinte sugestão: “*quando a saudade passar, a dor também irá passar*”. Pode-se perceber que neste momento, o terapeuta utilizou a técnica da sementeira, a qual consiste em sugestões que são faladas na parte inicial da terapia com o objetivo de serem exploradas no decorrer do tratamento Haley (1985). Neste contexto, é possível de entender que a idéia a ser plantada foi a de que à medida que o processo terapêutico fosse evoluindo e D. Teresa fosse se fortalecendo, vivenciando o luto e superando-o, simultaneamente a este processo as dores também iriam diminuir gradativamente até passarem, posto que o sofrimento também iria diminuir de intensidade.

Além da sementeira, foi utilizada a técnica do mapeamento, como sendo uma oportunidade de ressignificar e reconfigurar a dor, por meio da descrição e escuta. A descrição compreende dentre outros elementos, o contexto em que se originou, o ambiente em que o indivíduo está inserido, os tipos de relação social e familiar que o sujeito vivencia, como também, o tipo de linguagem que a pessoa utiliza para descrever e qualificar a dor, posto que está diretamente ligado ao seu processo de construção, a partir do histórico do sujeito, dos símbolos importantes (expressados por meio das metáforas) e da forma de sentir esta dor (Carvalho, 1999).

Ao longo dos diálogos, a paciente falou mais sobre seu sofrimento, sua dor, descreveu sua família e em determinado momento disse: “*o que eu mais quero é a cura para esta dor*”, em seguida quando questionada pelo terapeuta sobre quando é que esta dor iria passar, sua resposta foi: “*não sei, eu gostaria que passasse pelo menos um pouco ... que eu tenha força para esperar que isso aconteça*”.

Com base nas informações fornecidas pela paciente, ficou evidente a necessidade de realizar um trabalho focado no fortalecimento emocional de D. Teresa, com o intuito de propiciar a vivência de momentos que de certa forma resgatassem a força e energia necessárias para que pudesse iniciar o movimento de saída do luto e depressão. Este processo também iria ajudá-la a vivenciar situações em que pudesse manifestar sua tristeza e dor e, desta forma dar vazão e seu sofrimento, para que de fato pudesse elaborar o luto (Kovács, 1992).

Para tanto, o terapeuta empregou a técnica da “*utilização*”, que é considerada como a “*pedra angular*” da teoria de Erickson, segundo O’Hanlon (1994). De acordo com este autor, “*a aceitação e utilização dos padrões de comportamento e experiência, bem como, padrões de interação social e familiar*”, devem ser usados ativamente a serviço da mudança do paciente (O’Hanlon, 1994, pg. 33). Isto quer dizer que todas as informações verbais e não verbais trazidas pelo paciente, além de poder, devem ser utilizadas para trabalhar as demandas apresentadas, a partir do próprio referencial do paciente. Dito de outra forma, a terapia será baseada na própria forma do paciente perceber o mundo e se expressar nele. De acordo com Haley (1985), esta técnica permite a construção de novos sentidos, a partir da possibilidade do inconsciente buscar seus próprios sentidos, utilizando para tanto, os simbolismos, as histórias de vida e a emocionalidade de cada indivíduo.

Neste sentido, utilizando-se da crença religiosa de D. Teresa, o terapeuta propôs que a paciente colocasse a foto de sua irmã em algum local especial em sua casa e quando tivesse vontade de chorar ou com saudade de Maria, poderia conversar com ela, como se de fato estivesse ali. Esta tarefa teve como finalidade a criação de um espaço que

proporcionasse um momento de contato com a irmã, e em tais circunstâncias poderia dizer tudo que estava sentindo e não ser repreendida por seus familiares, pois seria um espaço íntimo onde poderia chorar sem ser incomodada por ninguém.

Outro importante ponto também trabalhado a partir desta tarefa, foi o de envolver a família no processo da elaboração do luto da paciente. O fato de não conseguir extravasar seu sofrimento principalmente no ambiente familiar, foi uma das queixas de D. Teresa e posteriormente entendido como um dos motivos geradores do quadro apresentado pela paciente, posto que estes não conseguiam vê-la sofrendo. Então nesta tarefa, quando D. Teresa estivesse chorando pela morte da irmã, os familiares não poderiam repreendê-la, conforme faziam costumeiramente, pelo contrário eles teriam que respeitá-la, uma vez que este era o seu momento destinado a externar sua dor, saudade e tristeza.

Desta forma, a família não só aceitou, como também validou seu sofrimento, fazendo com que se tornasse mais natural vê-la chorar pela sua perda. Esta mudança de postura por parte da família ajudou D. Teresa a entender e também aceitar sua fragilidade diante de um momento de profundo sofrimento e não encará-lo como fraqueza, conforme o estava vivenciando antes.

Seguindo o mesmo enfoque de algumas das técnicas apresentadas até o momento, o terapeuta nesta e nas demais sessões posteriores, as quais somaram-se em sete no total, utilizou várias técnicas, focando-se mais no transe hipnótico para trabalhar as principais questões de D. Teresa.

De acordo com Erickson a hipnose é:

Um processo pelo qual ajudamos as pessoas a utilizarem suas próprias associações mentais, memórias, potenciais de vida, para alcançarem seus objetivos terapêuticos. A sugestão hipnótica pode facilitar a utilização de habilidades e potenciais já existentes na pessoa, mas que estavam em desuso ou subdesenvolvidos por falta de treino ou de compreensão. O hipnoterapeuta explora cuidadosamente a individualidade do paciente para decidir quais as aprendizagens de vida, experiências, habilidades que estão disponíveis para lidar com o problema (Erickson & Rossi, 1992, p. 1, citado em Carvalho, 1999).

A partir desta reflexão de Erickson, pode-se compreender a hipnose, como um fenômeno naturalista, em que o paciente atua ativamente no processo terapêutico dimensionando a idéia que está sendo sugerida pelo terapeuta, de acordo com sua realidade e subjetividade. Isto quer dizer que, apesar de ser uma sugestão externa, ou seja, do terapeuta, esta técnica abre maior possibilidade do paciente entrar em contato consigo mesmo e desta maneira propiciar uma abertura para seu inconsciente.

Deste modo, o paciente pode trabalhar internamente de forma mais intensa na solução dos problemas, a partir de seus próprios recursos, posto que neste estado “a crítica e a censura ficam temporariamente suspensas” (Carvalho, 1999, p. 230), e assim o indivíduo torna-se mais receptivo aos estímulos internos, ao inconsciente e à memória. De acordo com Carvalho (1999), este estado promove uma espécie de intensificação da emocionalidade do sujeito, propiciando maior receptividade às sugestões.

Neste contexto, pode-se entender que nos transe hipnóticos vivenciados nas sessões durante o tratamento, o terapeuta buscou trabalhar outros momentos da vida de

D. Teresa, diferentes dos que estava experienciando no momento, posto que estes só mantinham e reforçavam o processo de ideação negativa, quadro normal no estado de depressão e vivência de luto. Tal processo configurava-se como fator impeditivo da paciente relembrar e reconhecer momentos prazerosos e felizes já vivenciados em outras situações. Então, a partir destas experiências revividas é que D. Teresa resgataria forças para começar a sair do estado depressivo em que se encontrava e dar início ao seu processo de mudança.

Por meio do transe hipnótico, D. Teresa pôde viver experiências como reencontrar a irmã, que além de conversar com ela pôde extravasar todo o choro reprimido, o qual estava carregado de saudade, tristeza, não aceitação do fato, sentimento de impotência e de fraqueza. Deste modo, ao ser validado o direito de chorar pela perda da irmã, D. Teresa passou a sentir-se aliviada e mais leve. Outra vivência também realizada pelo transe, durante o tratamento, foi o retorno à sua infância, onde pôde sentir o sabor das comidas novamente, do prazer que era comê-las, relembrar fatos ligados à sua irmã, como a amizade, companheirismo e proteção, rememorou também eventos felizes e importantes como o casamento e o nascimento dos filhos, as viagens, paisagens bonitas e outras situações mais.

Como resposta a este processo, D. Teresa passou a ter mais qualidade no sono, os choros foram diminuindo, aos poucos as comidas voltaram a ter mais sabor, o sofrimento foi atenuando e com isso, de acordo com a técnica da semeadura “plantada” no início do tratamento, as dores da paciente também foram atenuando gradativamente. Além disso, a paciente já mais estruturada emocionalmente, voltou a assumir o seu significativo lugar de esteio da família, só que consciente de que seu choro e fragilidade não representavam

fraqueza e sim uma reação e estado normal de quem está vivenciando o luto pela perda de um ente querido.

A melhora de D. Teresa foi perceptível na medida em que o tratamento foi evoluindo, uma vez que em cada sessão apresentava sinais mais aparentes e fortes de mudança, ou seja, de movimento em sua vida, de resgate de muitos valores e sentimento, os quais foram servindo de sustentação para que o processo de terapêutico pudesse acontecer e proporcionar as mudanças necessárias para melhora da paciente.

No entanto, na última sessão, que ocorreu após um longo período de suspensão dos atendimentos, devido aos feriados e recessos de final de ano, é que ficou evidente que de fato D. Teresa, por meio da ajuda terapêutica e principalmente de seus próprios recursos, tinha conseguido alcançar seu objetivo, que era a *“cura para dor física e na alma”*, conforme suas palavras. Nesta sessão, D. Teresa apresentou-se totalmente diferente da forma de como chegou para fazer terapia. Sua postura corporal, vestuário, corte do cabelo, forma de se expressar, bem como sua tranquilidade para falar, e o conteúdo das falas, demonstraram significativa mudança do sentido subjetivo que até então era parte constituinte daquele momento de sua vida. Tal mudança pode ser percebida nas seguintes falas de D. Teresa: *“aquilo que estava tampado, prendendo o meu peito, soltou”... “ainda dói, mas antes eu não aceitava que tinha acabado, que se foi, queria o presente...mas agora estou bem e vem lá de dentro”*.

No decorrer do diálogo, D. Teresa fez uma análise do seu processo, o qual demonstrou que de fato tinha alcançado seu objetivo, que consistia em conseguir a *“cura para sua dor física e da alma”*, segue o seu relato: *“depois do natal e reveillon, eu*

conscientizei que de fato ela tinha ido mesmo ... aí eu pensei, vou me apegar em quem ... eu pensei em você ... por que você conseguiu me ajudar a ver, estava tudo escuro e agora está tudo claro ... vejo paisagens novamente, me admiro das coisas ... a comida agora tem sabor, graça a Deus eu estou ótima, virei outra' e prosseguindo em seu discurso, disse: *"isso aqui é realmente uma cura, não é só um alívio não"* .

Tal relato revela o forte vínculo que foi construído entre terapeuta e paciente e o importante papel que esta relação teve para D. Teresa em seu processo de elaboração do luto e superação da depressão. De acordo com Buber (1952, citado em Hycner, 1995) a partir do estabelecimento da conexão do terapeuta com o cliente e vice-versa, ou seja, da formação do vínculo, é que ocorre gradativamente a "cura pelo encontro", que envolve contato em níveis existenciais cada vez mais profundos e assim a construção de uma relação de intimidade, confiança e segurança, que faz com que o paciente se sinta fortalecido para lidar com as questões mais importantes e ao mesmo tempo mais difíceis de entrar em contato.

Ao final desta última sessão, em determinado momento o terapeuta questionou sobre quantas sessões a mais D. Teresa achava que teria que ter, e sua resposta foi a seguinte: *"acho que pode parar agora ... mas eu quero manter contato e te contar minhas coisas"* . A partir desta fala da cliente, de fato ficou evidente que para este momento, em função da demanda apresentada pela paciente, o processo terapêutico tinha alcançado o seu objetivo, não havendo mais a necessidade de prolongar os atendimentos. Deste modo, foi realizado um transe hipnótico, onde a paciente pediu que trabalhasse mais a sua confiança em si mesma para poder prosseguir em sua vida. Após o retorno do transe, D. Teresa relatou ter se encontrado com Maria e de ter sido um encontro muito

prazeroso, demonstrando esta experiência por meio da seguinte fala: *foi uma sensação leve de estarmos juntas ... nem chorei ... ela está perto de mim ... e eu não estou atrapalhando ela ...agora ela está livre e eu também*” e, desta forma a sessão chegou ao final, assim como o tratamento terapêutico de D. Teresa.

Ao final da terapia, pôde-se perceber significativas mudanças na configuração apresentada por D. Teresa, conforme demonstrado na *figura 2*:



O objetivo deste trabalho foi realizar o estudo de caso de uma paciente que no período da vivência do luto desenvolveu quadro de dor crônica, em função da fibromialgia. A partir deste estudo foi possível aprofundar sobre as questões teóricas, com o intuito de fazer a leitura clínica do caso, com a finalidade de melhor compreender o seu sofrimento, a partir de sua história de vida, seu funcionamento subjetivo, que envolve suas crenças, valores, sentidos subjetivos, relações familiares e sociais, o papel que ocupa em sua rede social, dentre outros aspectos. Com base nesta leitura, foi realizada análise mais apurada sobre o processo terapêutico, a luz da teoria e técnicas desenvolvidas por Milton Erickson.

No caso específico de D. Teresa, por meio da análise mais metódica da sua situação, pôde-se perceber que o que agravava seu sofrimento era o fato de não conseguir desabafar, de colocar para fora toda sua dor. Pelo contrário, este processo que estava vivenciando fazia com que não conseguisse vislumbrar solução para o seu problema e sem perspectiva de mudança futura, desenvolveu quadro depressivo e de dor crônica.

A relação terapêutica entre paciente e terapeuta foi crucial para que a terapia de fato ocorresse. O vínculo formado foi fortalecendo-se na medida em que o terapeuta proporcionou um ambiente que oferecesse segurança, aceitação da dor de D. Teresa e compreensão de sua fragilidade num momento tão difícil, como a vivência de luto.

Esta relação construída por ambos, a qual gerou forte vínculo terapêutico, foi possível a partir do que Buber, (1973 citado em Hycner, 1995) chama de “presença do terapeuta”, que considera como o ingrediente essencial da terapia. Segundo o autor, a presença significa “estar o mais disponível possível para outra pessoa num dado momento”

(Buber, 1973 citado em Hycner, 1995, p. 114). No caso de D. Teresa, a postura do terapeuta foi de acolhimento, não só da paciente, mas também de toda sua dor e sofrimento, fazendo-se presente por meio da escuta e abertura para a compreensão da experiência vivida por ela, mostrando-se disponível e atento em cada momento vivido por ambos durante a terapia.

Este procedimento foi de significativa importância para o processo de melhora da paciente, uma vez que, de acordo com Kovács (1992), é preciso que o enlutado extravase seu sofrimento para que a partir deste ponto possa superá-lo e retomar sua vida. Ao longo da terapia, D. Teresa foi apresentado sinais de que de fato estava conseguindo superar este período do luto e ressignificar esta experiência, a partir da construção de novos sentidos para sua vida, seu trabalho, sua relação familiar e seu papel na sua rede social.

Ao final da terapia, pôde-se notar a eficácia dos transe hipnóticos, posto que em cada sessão, o terapeuta trabalhava a partir dos próprios recursos de D. Teresa as demandas apresentadas pela paciente. A cada experiência, foram vivenciadas situações que propiciaram o surgimento de novas configurações, que faziam com que novos sentimentos, pensamentos e desejos viessem à tona e modificasse o estado emocional presente no início do tratamento.

De forma geral, o objetivo proposto para este estudo foi alcançado, a análise do caso foi realizada e ficou evidente que as teorias e técnicas utilizadas foram eficazes em seu propósito, que foi o de promover maior compreensão das particularidades do quadro apresentado, como também utilizar, na prática terapêutica, técnicas que contribuíssem para o desenvolvimento do tratamento. Contudo, ficou nítido que tão importante quanto

as teorias e técnicas, também a presença do terapeuta e sua postura acolhedora foram cruciais para o processo de mudança da paciente, o qual culminou com a superação da depressão e elaboração do luto.

A realização deste estudo foi de significativa importância tanto para promover o entendimento do tratamento da dor e sofrimento da paciente, como também por propiciar melhor compreensão clínica de outros casos relacionados à vivência de luto e presença de dor crônica. Não se pretendeu, portanto, utilizar tal estudo como uma forma generalizada de considerar outros casos que apresentem a mesma natureza, mas sim como ponto de partida para ampliação dos conhecimentos teóricos aplicados na prática. Esta análise foi possível, uma vez que as teorias utilizadas fundamentam-se na relevância de aspectos subjetivos dos sujeitos, que consideram suas experiências como sendo únicas e desta forma não podem ser analisadas senão por suas particularidades.

Certamente, não se conseguiu esgotar o tema nem as possibilidades de uso das teorias e das técnicas, haja vista a extensão e a complexidade que envolve tal produção científica e os estudos produzidos, mas certamente foi uma excelente oportunidade de estudar o assunto e certificar sua importância no campo acadêmico e clínico a que este trabalho se propôs. Recomenda-se o incentivo de outras práticas similares a esta, inclusive sugerindo estudos mais aprofundados em que se possa evidenciar o processo terapêutico realizado a luz da teoria Ericksoniana a partir da singularidade de cada sujeito e da particularidade de cada contexto.

Referências Bibliográficas

- Ariès, P. (2003). *História da Morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Carvalho, M.M.J. (1999), *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus Editorial.
- Combinato, D S., Queiroz, M S. (2006), *Morte: uma visão psicossocial*. Vol 11, nº 2, pg , 209-216, Campinas, 2006. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 16mar. 2009.
- Elias, Ana Carina de Araújo. (2001), *Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na Re-Significação da Dor Simbólica da Morte de Pacientes Terminais*. Dissertação de mestrado não publicada. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas.
- González Rey, F. (2007), *Psicoterapia, Subjetividade e Pós-Modernidade: Uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Thomson Leraning
- Hycner, Richard. (1995), *De Pessoa a Pessoa: Psicoterapia Dialógica*. 3ª ed. São Paulo: Summus.
- Kastenbaum, Robert.; Aisenberg, Ruth. (1983), *Psicologia da morte*: 1ª ed. São Paulo: Livraria pioneira Editora.
- Kovács, Maria Júlia. (2003), *Educação para a Morte: Temas e Reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo: Fapesp.
- Kovács, Maria Júlia. (1992), *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kübler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes.

Mahoney, M. J. (1998). *Processos humanos de mudança: As bases científicas da psicoterapia*. Porto Alegre: Editora Artmed.

Martini, Oneide Alves (2006). *Merleau-Ponty Corpo e Linguagem: a fala como modalidade de expressão*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Filosofia. Universidade São Judas Tadeu. São Paulo.

Merleau-Ponty, Maurice. (1994), *Fenomenologia da Percepção*. 2ª Ed. São Paulo: Martins Fontes Editora.

Neubern, Maurício S. (2004), *Complexidade e Psicologia Clínica: Desafios Epistemológicos*. 1ª ed. Brasília: Editora Plano.

Nóbrega, Teresinha Petrucia (2008). Merleau-Ponty: *O filósofo, o Corpo e o Mundo de toda a gente*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: www.scielo.com.br. <http://www.cbce.org.br/cd/resumos/129.pdf> Acesso em: 14abril.2009.

O'Hanlon, Willian Hudson. (1994), *Raízes Profundas: Fundamentos da Terapia e da Hipnose de Milton Erickson*. 1ª ed. Campinas: Editorial Psi II.

Paraíba, Márcio, Silva, M. Regina., Hart, C F Mayer. (2008), *Câncer: uma abordagem psicológica*. 1ª ed. Porto Alegre: Editora AGE.

Penha, João. (1989), *O que é existencialismo?*. 9ª Ed. São Paulo: Editora Brasiliense.

Pimenta, Cibele Andrucio de Mattos; Teixeira, Manoel Jacobsen. (1996), *Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa*. São Paulo, dez. 1996. Disponível em: WWW.scielo.com.br. Acesso em: 29mai.2009.

Prescott, Frederick. (1971), *Controle da Dor*. São Paulo: Edições Loyola.

Robles, T. (2005). *Terapia feita sob medida: um seminário ericksoniano com Jeffrey K. Zeig*, Ph.D. 2ª ed. Revisada. Belo Horizonte: Editora Diamante.

Sarti, C. A. (2001), *A dor, o indivíduo e a cultura*. *Saúde e Sociedade*. Vol 10, nº1, São Paulo, Jan/Julho 2001. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 04.abril. 2009.

Schwob, Marc. (1997), *A Dor*. Lisboa: Instituto Piaget.

Sousa, Fátima Aparecida Emm Faleiros. (2002), *Dor: o quinto sinal vital*. *Rev Latino-am Enfermagem*, 10(3):446-7.